交通事故による傷病届

被保険者に関する事項	被保険者氏名	昭・平・令　年　月　日生　(男・女)		保険者名		
				被保険者記号・番号		
				個人番号		
	住所	静岡県			電話	
	人身傷害保険(補償)加入の有無	有・無	保険会社名		担当者	
			支店名		電話	
	医療機関名 介護事業所名					
	保険診療 介護サービス 開始日	年　月　日 (入院　通院)	年　月　日 (入院　通院)	年　月　日 (入院　通院)		
	治療費等支払者	被保険者・相手方・損保会社・使用者	被保険者・相手方・損保会社・使用者	被保険者・相手方・損保会社・使用者		
事故状況	事故発生日時	年　月　日　午前・午後　時　分頃				
	事故発生場所					
相手方に関する事	住所			氏名		
				電話		
	相手方の使用者 (相手方が従業中の時)	住所		電話		
		名称・代表者名				
	保険(共済)関係		自賠責保険(共済)	任意保険(共済)		
		保険(共済)契約者 住所				
		保険(共済)契約者 氏名				
		保険(共済)会社				
		契約期間	年　月　日から 年　月　日まで	年　月　日から 年　月　日まで		
		保険(共済)証明書番号				
	任意保険(共済)関係	支店名		担当者		電話

上記のとおりお届けします。

届出人(○で囲む)被害者側・加害者側・保険代理人

令和　　年　　月　　日

浜松市長　様　　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※お願い＝交通事故証明書(原本又は、写)を添付してください。

事 故 発 生 状 況 報 告 書

別紙交通事故証明書に補足して下記のとおり報告いたします。

甲(相手方)	氏名		乙(被保険者)	氏名		運転・歩行・その他 同乗(相手車・相手車以外)
速 度	相手車　　km／h(制限速度　　km／h), 相手車以外の車　　km／h(制限速度　　km／h)					
道路状況	見通し　良い 悪い	道路幅	相手車側(　　m), 相手車以外の車側(　　m)			
信号又は標識	信号　有り 無し	一時停止標識　有り 無し	その他			

事故発生状況を図示して下さい	事故発生状況略図(道路幅をmで記入して下さい) 相 手 車 相手車以外 進行方向 信　　号 一時停止 一方通行 人 自 転 車
上記図の説明を書いて下さい。	

令和　　年　　月　　日

甲との関係 (　　)

報告者　　氏名

乙との関係 (　　)

念　　書

年　　月　　日＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿において

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の不法行為により＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿の被った

保険事故について　国民健康保険法／介護保険法／高齢者の医療の確保に関する法律／指定公費負担医療に係る軽減特例措置　による給付を受けた場合は、私が

第三者に対して有する損害賠償請求権を　国民健康保険法第64条第1項／介護保険法第21条第1項／高齢者の医療の確保に関する法律第58条第1項／指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱　の

規定によって　保険者（国／高齢者医療広域連合）　が給付（支給）の価額の限度において取得、行使し、

かつ、賠償金を受領することに異議のないことをここに書面をもって申し立てます。

なお、あわせてつぎの事項を遵守することを誓約します。

1　治療が完了したときは、必ず貴職に申し出ること。
2　第三者と示談を行おうとする場合は、必ず前もって貴職にその内容を申し出ること。
3　第三者に白紙委任状を渡さないこと。
4　第三者から金品を受けたときは、受領年月日、内容、金額（評価額）をもれなく、かつ、遅滞なく貴職に届け出ること。
5　本件保険事故に関し、損害額、事故態様、治療状況その他の私の個人情報を上記法令に基づく請求のために、貴職または貴職から求償事務の委託を受けている静岡県国民健康保険団体連合会が取得、利用することに同意します。

令和　　年　　月　　日

住　所

※署名又は記名・押印

氏　名

浜松市長　様

（注）被保険者が未成年の場合は、親権者が念書を差し入れてください。

誓　約　書

令和　　年　　月　　日

浜松市長 様

損害賠償義務者　住　所

氏　名　　印

貴 国民健康保険／介護保険／高齢者医療 の 被保険者　　様が 国民健康保険法／介護保険法／高齢者医療確保法／指定公費負担医療に係る軽減特例措置実施要綱

によって受けた給付（支給）は、私の不法行為にもとづくものでありますので、国保険者／広域連合 に

あたえた損害については、下記のとおり損害賠償をすることを誓約いたします。

記

事故年月日		年　　月　　日
事故場所		
被保険者	住　所	
	氏　名	
支払方法		一括払　　分割払　　その他
備考		